Nr 41. Kraków, 12. października 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.



Rok LVII Kraków, 12. października 1918. **Nr. 41.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala polowego Nr. 703. Komendant lek. sztab. Dr Denes.

Gorączka powrotna i jej leczenie.

Napisał *)

Doc. Dr Zdzisław Tomaszewski

lekarz pułk., kierownik oddz. wewn.

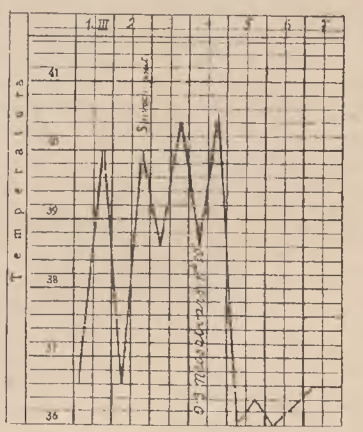
Równocześnie z powracającymi z niewoli rosyjskiej jeńcami wojennymi zaczęły pojawiać się pojedyncze przypadki gorączki powrotnej, choroby, w Galicyi od dawna już nie spotykanej; zdarzały się one przeważnie u powracających z południowych gubernii Rosyi. Ponieważ chorzy, zanim dostaną się do szpitali we Lwowie, odbywają kilkudniową kwarantannę w szpitalach nadgranicznych, dlatego mogliśmy spostrzegać przypadki najczęściej dopiero podczas napadu drugiego lub nawet trzeciego; chorzy ci przebywali napad pierwszy albo podczas drogi powrotnej w kwaterach przygodnych bez żadnego leczenia, albo też nierozpoznany i jako grypa, ostry nieżyt oskrzeli, żółtaczka nieżytowa leczony pierwszy napad w jednym ze szpitali nadgranicznych.

Peryodyczność okresów gorączki, oddzielonych od siebie przerwą bezgorączkową, jest, jak wiadomo, najcharakterystyczniejszą cechą duru powrotnego, jakkolwiek podobna okresowa gorączka zdarza się i w innych cierpieniach (16). Już podczas obecnej wojny opisano chorobę, nazwaną gorączką pięciodniową albo wołyńską, która oprócz okresowej gorączki ma i inne, do duru powrotnego zbliżające ją objawy, jak n. p. obrzęk śledziony, leukocytozę, bóle w kościach goleni, tak że Koch (7) tak na podstawie obrazu klinicznego, jakoteż wykazanych przez siebie we krwi tworów, podobnych nieco do krętków (perełkowatych nitek i t. d.), które uważa za formy inwolucyjne krętka Obermeyera, twierdzi, że gorączka pięciodniowa jest tylko »osłabioną, łagodniej przebiegającą postacią duru powrotnego.« Nie wchodzę tu bliżej w to, że przypuszczenie Kocha ma mało prawdopodobieństwa i że odparte zostało przez Wernera (15), który owe perełkowate twory, znalezione we krwi przez Kocha, uważa tylko za produkty sztuczne, powstałe wskutek uszkodzenia krwi i na podstawie znacznych różnic w przebiegu klinicznym, postaci krzywej ciepłoty, możności przeszczepiania na zwierzęta, wyników leczenia zapomocą neosalwarsanu, zaprzecza tożsamości obu schorzeń. Podobnie i Claus Schilling (16) powątpiewa w prawdziwość przypuszczeń Kocha.

Nie mam zamiaru omawiać dokładnie kliniki gorączki powrotnej, znanej tak z dawniejszych, jakoteż z nowszych opisów (8) i tylko w ogólnych zarysach na podstawie spostrzeganych przypadków zwrócę uwagę na przebieg kliniczny, poświęcając kilka uwag rozpoznaniu i epidemiologii i wreszcie nieco obszerniej leczeniu. Uwagi te o tyle będą na czasie, że wobec otwartej już drogi do Rosyi południowej nie jest wykluczone pojawienie się przypadków tej choroby i wśród ludności cywilnej.

Przypadki, które spostrzegałem, zachowywały się niezawsze typowo. Przebieg gorączki bywa dosyć rozmaity: najczęściej po dreszczu początkowym, którego nigdy nie brak, wznosi się ciepłota odrazu do znacznej wysokości, równocześnie zjawia się w każdym przypadku uparty dokuczliwy ból głowy i bardzo często ból w krzyżach. Towarzyszy temu ogólna niemoc i rozbicie. Zdarza się jednak dosyć często stopniowe nasilanie się gorączki ze zwolnieniami, dochodzące dopiero w ciągu kilku dni do wysokości 40⁰. Dalszy przebieg ciepłoty nie ma także stałego toru; spotykamy wprawdzie najczęściej gorączkę ciągłą, zdarza się jednakże i typowa gorączka zwalniająca (remittens), która w dalszym ciągu dopiero przejść może w gorączkę ciągłą. W jednym z moich przypadków, którego historyę choroby poniżej przytaczam, rozpoczął się pierwszy napad gorączką przerywaną (intermittens), tak, że we krwi poszukiwaliśmy plazmodyów zimnicy i dopiero w dalszym ciągu zjawiła się gorączka ciągła.

Z. H. lat 46. Zachorował przed 3 dniami; ból głowy i ogólne rozbicie. 28. II. rano dreszcze, popołudniu gorączka, potem poty. 1. III. Rano C 36·8, przedpołudniem dreszcz, poczem ciepłota podnosi się do 40⁰. Skóra ziemisto-żółtawa. Płuca i serce bez zmian, śledziona niemacalna, wątroba niepowiększona. Mięśnie na ucisk niebolesne. Wieczorem poty i spadek ciepłoty. We krwi krętki Obermeyera; plazmodyów zimnicy nie znaleziono. 2. III. Rano dreszcz, potem podskok ciepłoty do 40⁰. Plazmodyów zimnicy nie znaleziono. Krętki liczne. Ból głowy i krzyżów. 3. III Śledziona macalna, miękka. 4. III. Silne bóle głowy i kończyn dolnych. Śledziona większa. Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. W ciągu nocy spadek ciepłoty do 35·8. Dalszy przebieg bezgorączkowy. (Ryc. 1).



Ryc. 1.

Okres gorączkowy trwa średnio około 6 dni, zdarzają się jednak, i to częściej, w napadach wtórnych, mniej gwałtownych, okresy krótsze, a nawet jednodniowe podskoki ciepłoty, czasem do znacznej wysokości. Ilość napadów gorączkowych bywa rozmaita; nie mając pod tym względem własnego doświadczenia, gdyż leczenie salwarsanem, o którem dalej mówić będę, stosowałem w tej chwili po ustaleniu rozpoznania, przytaczam obliczenia Jochmana (10), który w 55% przypadków stwierdził dwa napady, w 13% jeden, i Prussiana (3), który ilość napadów podwójnych oblicza na 53·3%, jednorazowych zaś na 6·6%.

Po upływie kilku, średnio 6—7 dni ciepłota opada zwykle nagle, przełomowo, wśród rozlewnych potów, wznosząc się jeszcze

*) Wykład w Tow. lekarskiem lwowskiem d. 12. kwietnia 1918.

nieco przed ostatecznym spadkiem (perturbatio critica); zdarza się jednak czasem spadek powolny. Przez kilka dni po przełomie utrzymuje się ciepłota na wartościach podnormalnych, z małemi wahaniami dziennemi, co wskazuje na znaczne zaburzenie w jej regulacyi. Równocześnie ze spadkiem gorączki znikają bóle głowy i krzyżów, pozostaje tylko bardzo znaczne osłabienie, utrzymujące się jeszcze przez kilka dni.

Do bardzo charakterystycznych objawów gorączki powrotnej należy ziemisto-żółtawe zabarwienie skóry, które spostrzegałem prawie w każdym z moich przypadków, a które rzeczywiście przypomina skórę lekko na słońcu opaloną. Jest to tąk znamienne, że nieraz już na pierwszy rzut oka kieruje rozpoznanie we właściwą stronę.

Często znajdowałem niewielkie powiększenie i tkliwość wątroby, bardzo często, jednak nie zawsze, powiększenie śledziony, które w żadnym z moich wcześnie leczonych przypadków nie dosięgło rozmiarów znacznych, przeważnie było tylko miernego stopnia; czasem śledziona zaledwie przy głębokim wdechu była wyczuwalna, a jej stłumienie nieco powiększone. Ból w okolicy podżebrza lewego, na który chorzy często się uskarżają, pochodzi zapewne z nadmiernego napięcia torebki powiększonej śledziony; tylko w jednym przypadku stwierdziłem ponad śledzioną wyraźne, ręką już wyczuwalne tarcie. W okresie bezgorączkowym śledziona zwolna się zmniejsza, powiększenie da się jednak stwierdzić jeszcze w 5—6 dni po spadku ciepłoty.

Prawie w każdym przypadku zjawia się w moczu w niewielkich ilościach białko, często pojedyncze czerwone ciałka krwi, prawdopodobnie wskutek pękania drobnych naczyń krwionośnych; w żadnym przypadku nie stwierdziłem objawów kłębkowego zapalenia nerek (glomerulonephritis), jakie się może zdarzyć w cięższych postaciach gorączki powrotnej.

Zachowanie się przewodu pokarmowego nie daje nic charakterystycznego: brak apetytu, czasem nudności i pobudzenie do wymiotów, oto objawy podmiotowe. Język pokryty nalotem bardzo często koloru szaro-brunatnego lub brunatnego, nie wysychający, stolec przeważnie zaparty. W drugiej połowie napadu lub dopiero przy spadku ciepłoty mają się często zdarzać biegunki (Hoeslin), występujące bez żadnej widocznej przyczyny; w moich przypadkach stwierdzałem to jednak tylko wyjątkowo. Częściej natomiast widziałem biegunki, występujące dopiero po zastosowaniu neosalwarsanu i uważam je wprost za objaw ubocznego działania tego środka, chociaż nie jest wykluczone, że i w tym wypadku biegunki są objawem toksycznym, powstającym wskutek działania dużej ilości toksyn, uwalniających się przy rozpadzie krętków.

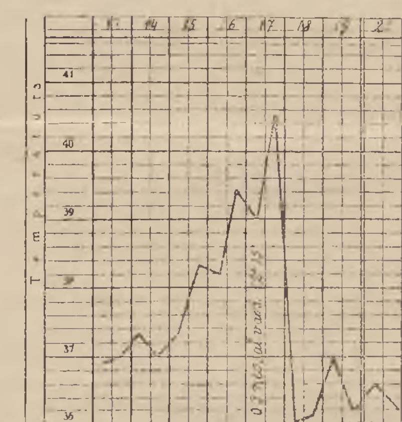
Do bardzo typowych objawów gorączki powrotnej mają należeć bóle w kończynach, których siedzibą są mięśnie, stawy i kości długie, a które mogą być czasem tak gwałtowne i uporczywe, że każdy ruch jest połączony z przykrem, bolesnem uczuciem. Aczkolwiek na objaw ten zwracałem baczną uwagę, to stale, prawie w każdym przypadku stwierdzić mogłem jedynie bóle w krzyżach, nieraz bardzo dokuczliwe; inne bóle mięśniowe, kostne i stawowe należały w moich przypadkach do objawów częstych, nie w każdym przypadku jednak występujących. Były one czasem rzeczywiście bardzo dokuczliwe i gwałtowne, a widziałem nawet przypadki takie, że chory, doznając przy najmniejszym ruchu bólów mięśniowych, nie mógł się wcale poruszać, siadać w łóżku, przewracać z boku na bok. Mięśnie bolesne są zazwyczaj i na ucisk bardzo wrażliwe i bolesne. W trzech przypadkach widziałem bóle stawowe, połączone nawet z lekkim obrzękiem, wrażliwością na ucisk i upośledzeniem czynnej i biernej ruchomości.

Zachowanie się krwi śledziliśmy w każdym z leczonych przypadków, znaleźliśmy jednak zmiany na ogół nieznaczne i mało charakterystyczne. W okresie napadu już drugiego dnia zjawia się we krwi leukocytoza miernego stopnia, wahająca się w naszych przypadkach od 6 do 13 tysięcy c. b., lub tylko względne zwiększenie się ilości procentowej ciałek neutrofilnych, przy mało, lub wcale nie zwiększonej ogólnej ilości ciałek białych. Zwiększenie to odbywa się na niekorzyść limfocytów. Objawem bardzo charakterystycznym, powtarzającym się stale w przypadkach niepowikłanych, jest zupełne zniknięcie ze krwi ciałek eozynochłonnych, które zjawiają się dopiero w okresie bezgorączkowym, ponapadowym. W tym okresie ogólna ilość ciałek białych szybko wraca do wartości prawidłowych, odsetkowy skład krwi także powraca do prawidłowego obrazu, czasem w okresie tym zauważyć jednak można nieznaczne procentowe podwyższenie ilości leukocytów jednojądrzastych.

W przypadkach moich, w których w tej chwili po rozpoznaniu wstrzykiwałem neosalwarsan, powikłań prawie nie widziałem z wyjątkiem przypadku, o którym później będę jeszcze dokładniej mówić, a w którym jako powikłanie stwierdziłem wysiękowe zapalenie opłucnej.

Rozpoznanie gorączki powrotnej podczas panującej epidemii nie sprawia wcale trudności, chociaż o pomyłki i pomieszanie gorączki powrotnej z innemi cierpieniami wcale nie trudno. Dla przykładu przytaczam kilka krótkich wyciągów z historyi chorób wraz z krzywemi ciepłoty, które najlepiej może sprawę objaśnią. I tak w jednym przypadku przebiegała gorączka powrotna — tak w pierwszym, w innym szpitalu spostrzeganym, jak i w drugim napadzie, który chory przebył już na moim oddziale i który rozpoczął się gorączką, zwolna w ciągu kilku dni narastającą, — pod obrazem ostrego nieżytu oskrzeli, z bardzo silną dusznością, kaszlem, kłuciem w klatce piersiowej. W przypadku tym trudności rozpoznawcze (naturalnie jeszcze przed badaniem krwi) powiększać mogło jeszcze i to, że u chorego istniało równocześnie zapalenie miedniczek nerkowych na tle zakażenia bakteryami okrężnicy.

St. lat 33, przyjęty 13. III. z historyą choroby dwóch zakładów sanitarnych, w których pozostawał od 6. III. z rozpoznaniem bronchitis chronica exacerbans. Badaniem bakteryologicznem wykluczono dur brzuszny, paratyfus, dur plamisty (obj. Weil-Felixa ujemnie), dur powrotny. Po spadku gorączki odesłano chorego do Lwowa w okresie ozdrowienia. Tu stwierdziliśmy (13/III.): Ciepł. 37, objawy rozedmy płuc i nieżytu oskrzeli bardzo znacznego stopnia. W moczu ślad białka, dużo ciałek ropnych, laseczki okrężnicy. 14/III. Stan podgorączkowy utrzymuje się; objawy nieżytu bardzo wybitne. Duszność, kaszel, plwocina śluzowo-ropna, obfita. 15/III. Znaczna duszność, kaszel, kłucie. Pod wieczór C 38·3, ból głowy, niepokój. Śledziona niemacalna. Mięśnie, stawy niebolesne. 16/III. Objawy nieżytu jeszcze wybitniejsze; w tyle w dole nieco rzężeń drobnobańkowych. Śledziona lekko macalna. Silny ból głowy. C. pod wieczór 39·4. We krwi 8200 c. b. (80% neutr. 0·4 bas. 2·8 przejść. 2·8 mononukl. 14% limfocyt. nieliczne krętki Obermeyera. 17/III.



Ryc. 2.

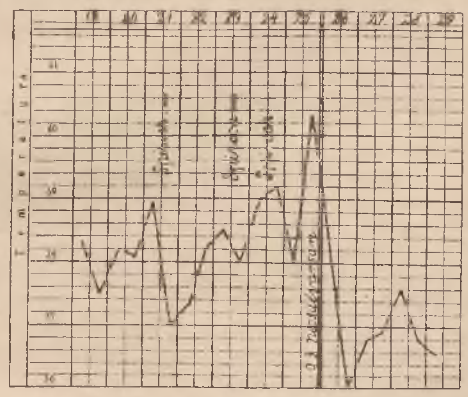
Oddech przyspieszony, duszność, lekka sinica warg. Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. W nocy wśród obfitych potów spadek ciepłoty. 18/III. Stan bezgorączkowy. Objawy nieżytu oskrzeli znacznie się zmniejszyły, brak sinicy i duszności. W dalszym ciągu do kilku dni zupełna poprawa, objawy nieżytu zupełnie ustępują, stan trwale bezgorączkowy.

Nie mniej ciekawy był przypadek następujący:

F. T. lat 38, przyjęty 19/III. Zachorował 7/IV. wśród bólów głowy, ogólnego osłabienia, żółtaczkowego zabarwienia skóry. Leczony w szpitalu polowym nadgranicznym i przysłany z rozpoznaniem żółtaczki nieżytowej.

Stwierdziliśmy, że skóra ma odcień brązowy, wpadający nieco w kolor żółtawy. Ponad prawą dolną połową klatki piersiowej lekkie przytłumienie z przodu, tutaj wdech nieoznaczony, wydech chuchający, wdech pokryty licznemi drobnobańkowemi rzężeniami. Ponad resztą płuc zaostrzone szmery, liczne furczenia i świsty. Plwocina obfita, śluzowo ropna. Kaszel, duszność. 21/IV. Stan płuc jak poprzednio. Cieplota o przebiegu nieregularnym. We krwi krętków nie wykazano. 23/IV. Oddech przyspieszony i nasilony. Plwocina bardzo obfita śluzowo-ropna. Wykazano w niej nieliczne prątki Kocha. Ból głowy. We krwi krętków nie znaleziono. 24/IV. Ból głowy, brak bolów mięśniowych. Śledziona lekko macalna. Tętno znacznie przyspieszone.

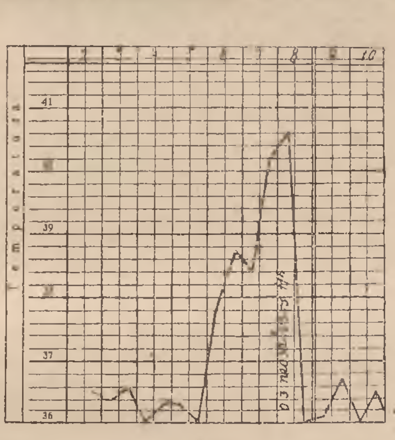
Objawy ze strony narządu oddechowego jak przedtem. We krwi bardzo nieliczne krętki Obermeyera. 25/IV. Kaszel i duszność znacznie silniejsze. Śledziona jak wczoraj. Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. W 6 godzin spadek ciepłoty przełomowy.



Ryc 3.

26/IV. Stan bardzo dobry, duszności nie ma. 27/IV. Śledziona prawie niemacalna. W dalszym przebiegu stan podmiotowy dobry, stan podgorączkowy nie stale, objawy ze strony płuc zmieniają się niewiele, brak jednak duszności, kaszel nieco mniejszy.

W przypadku innym sprawa rozpoczęła się obustronnym obrzękiem przedrzepkowych torebek maziowych bez podwyższenia ciepłoty ciała, który pod nalewką jodową do kilku dni bez śladu ustąpił. Dopiero piątego dnia podniosła się ciepłota do 37·8, wieczorem do 38·7, przyczem równocześnie wystąpił obrzęk stawów śródręczno-palcowych ręki lewej, z lekkiem zaczerwienieniem skóry. Pod okładem kwaśnym i po dużej dawce salicylu obrzęk do 24 godzin znacznie się zmniejszył, ciepłota podniosła się jednak wśród dreszczu powyżej 40°, równocześnie wystąpiły silne bóle głowy i ból w krzyżach miernego nasilenia. Wykonane w tej chwili badanie krwi wykryło krętki Obermeyera i wyjaśniło sprawę. Dodać należy, że obrzęk stawów lewej ręki do 24 godzin, a więc jeszcze przed wstrzyknięciem neosalwarsanu, ustąpił zupełnie. (Rycina 4).

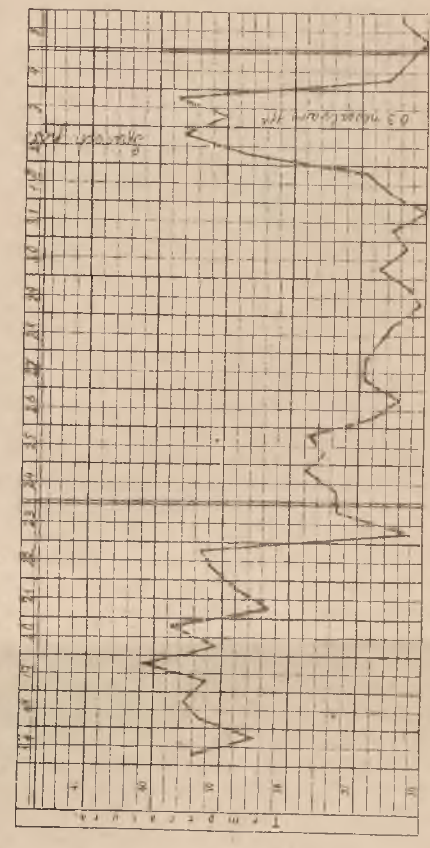


Ryc. 4.

W pewnych przypadkach nie jest wykluczona pomyłka z rozpoznaniem grypy, jaka zdarzyła się nam w pierwszym, podczas obecnej epidemii na oddziale spostrzeganym przypadku. Objawy ostrego nieżytu oskrzeli, zaczerwienienie i obrzęk migdałków i błony śluzowej gardła, bóle mięśniowe, wykrycie w plwocinie obfitej ilości ziarenkowców (micrococcus catarrhalis) odwróciło uwagę od właściwej sprawy tak, że prawdziwe rozpoznanie uczyniliśmy dopiero w początkach drugiego napadu. Krzywą ciepłoty przypadku tego, jedynego, w którym spostrzegaliśmy dwa napady, załączam tutaj w całości. (Rycina 5).

Dodać muszę, że w spostrzeganej przezemnie epidemii, prawie w 40% przypadków spotykaliśmy się z objawami nieżytu oskrzeli miernego stopnia, który jednak, z wyjątkiem powyżej przytoczonych przypadków, nie wybijał się nigdy na pierwszy plan obrazu chorobowego. Podobne spostrzeżenia podaje Löwy (9).

Pamiętać należy wreszcie i o innych sprawach, z któremi można gorączkę powrotną pomieszać, zwłaszcza w przypadkach, gdzie odszukanie krętków we krwi nie udaje się. Mam tu na myśli dur plamisty, gorączkę pięciodniową, o której wspominałem, chorobę Weila, wywołaną przez krętki »spirochaete nodosa«, a w przebiegu klinicznym początkowo bardzo podobną do gorączki powrotnej (nagły początek, bóle głowy, kości i mięśni, żółtaczkowe zabarwienie skóry, ciężki stan ogólny i t. d.), wreszcie w przypadkach z jednodniowymi podskokami ciepłoty lub gorączką przerywaną także zimnicę (zob. ryc. 1.) Strzedz się należy wreszcie i pomyłki tego rodzaju, aby, przeoczywszy gorączkę powrotną, nie rozpoznać jako sprawy głównej jednego z powikłań, jakie zdarzają się czasem w przebiegu gorączki powrotnej, jakoto zapalenie płuc, wysięk opłucny, zapalenie nerek i t. d. Tylko dokładna znajomość klinicznego obrazu gorączki powrotnej i pilne badanie krwi może nas ochronić od takiej pomyłki.

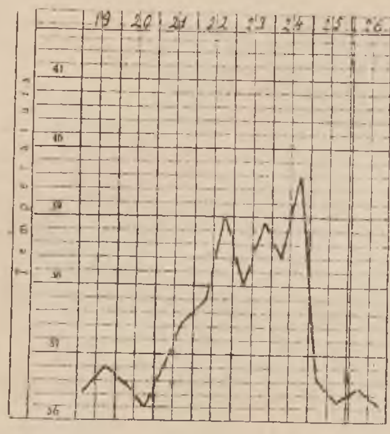


Ryc. 5.

Wykazanie we krwi chorego krętków udaje się zwykle łatwo; najodpowiedniejszymi do tego są preparaty tuszowe, które dają obrazy bardzo przejrzyste, a nie zabierają tyle czasu, jak inne metody barwienia. Krętki barwią się doskonale także rozcieńczoną 5-krotnie fuksyną karbolową, zwłaszcza przy lekkiem podgrzaniu preparatu przez 1 minutę. Z początkiem napadu spotykamy zwykle we krwi krętki w ilości niewielkiej, potem ilość ich wzrasta, przed przełomem gorączki znowu się zmniejsza; w drugiej połowie napadu, jak podaje Hössli, znikają krętki ze krwi czasem zupełnie. Zdarza się jednak niekiedy, że w bardzo wybitnie ciężkim przypadku uda się po przeszukaniu kilku preparatów odnaleźć zaledwie kilka egzemplarzy, czasem nie można ich znaleźć wcale, w innych, napozór lekkich przypadkach jest ich we krwi sporo. Z obserwacyi własnej przytaczam przypadek, który rozpoznaliśmy jako gorączkę powrotną tylko na podstawie przebiegu klinicznego i typowych objawów ogólnych, pomimo, że przy kilkakrotnie powtarzanych badaniach krwi nie udało się ani razu wykazać krętków. Podobny przypadek opisuje Löwy (9).

F. B. lat 38, przysłany 19/IV. z rozpoznaniem gośćca stawowego. Chory podaje, że 3/IV. zachorował wśród bólów głowy i kończyn dolnych. 9/IV. stwierdzono w pierwszym zakładzie sanitarnym, do którego się chory dostał, objawy nieżytu oskrzeli, bolesność stawów kolanowych przy ciepłocie ciała 38°. 16/IV stan bezgorączkowy, który utrzymywał się do 21/IV; w lewej torebce przedrzepkowej nieznaczne chełbotanie. 21/IV, a więc w 7 dni po spadku ciepłoty, wznosi się ona znowu i dochodzi w drugim dniu wieczorem do 39°. Ból głowy nieznaczny. Objawy nieżytu oskrzeli wyraźniejsze. Mięśnie łydek tkliwe. We krwi krętków nie ma. 22/IV. Śledziona powiększona. Ból głowy.

Krętków we krwi nie ma. 23/IV. Stan taki sam. Krętków we krwi nie znaleziono. 24/IV. Ból głowy i krzyżów, ogólne rozbicie, śledziona nieco większa. Krętków we krwi brak. Przebieg ciepłoty o charakterze gorączki ciągłej. 25/IV. W nocy wśród obfitych potów spadek ciepłoty do 36·6⁰. Poprawa stanu ogólnego; dalszy przebieg (spostrzegano 14 dni) bezgorączkowy. (Rycina 6).



Ryc. 6.

W okresie bezgorączkowym krętków we krwi niema, chociaż opisywano i takie przypadki, gdzie znajdowały się one we krwi przez cały czas trwania przerwy bezgorączkowej. W ostatnich wreszcie czasach zwrócił Wiener (13) uwagę na to, że krętki mogą znajdować się we krwi osób zdrowych, nie wywołując w ogóle żadnych objawów chorobowych, co ze względów epidemiologicznych jest szczegółem bardzo ważnym.

Z badań Töpfera i niezależnie od niego J. Kocha wynika, że przenoszenie się gorączki powrotnej odbywa się jeżeli nie wyłącznie, to głównie przez wszy ubraniowe; przenoszenie przez pluskwy zdarzać się może tylko wyjątkowo, o ile można wnosić z badań autorów, w tym kierunku przeprowadzonych (zob. Koch 6), ze sobą jednak sprzecznych. W najnowszej literaturze znajduję krótką pracę Wiesego (17), który stanowczo zaprzecza możliwości przenoszenia się krętków za pośrednictwem pluskiew.

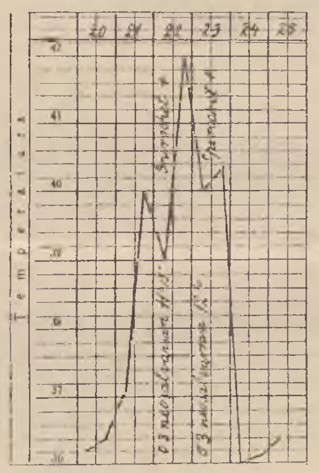
Z nowszych badań Töpfera, z któremi zgadza się Prussian i Wiese (17), wynika, że zakażenie człowieka odbywa się nie przez ukąszenie wszy, lecz raczej mechanicznie przez rozgniecenie jej i wtarcie krętków w skórę, aczkolwiek inni autorowie bronią zapatrywania, że zakażenie następuje przez ukąszenie zakażonej wszy. Oprócz wszy ubraniowej także wesz głowia może być pośrednikiem w przenoszeniu się krętków (17).

Przechodzę do omówienia stosowanego w przypadkach moich leczenia zapomocą neosalwarsanu. Doświadczenia co do leczenia gorączki powrotnej zapomocą tego środka są wcale liczne, wyniki zaś nazwać można wprost tak znakomitymi, że aczkolwiek śmiertelność przypadków, nie leczonych neosalwarsanem, jest na ogół bardzo mała, to jednak w każdym, na pozór nawet najlżejszym przypadku powinno być to leczenie stosowane. Działanie neosalwarsanu, wywołując szybki spadek ciepłoty i zniknięcie krętków z obiegu krwi, skraca znacznie przebieg choroby, która bez tego leczenia przeciągać się może do kilku tygodni; oszczędza siły chorego, zapobiega długiej rekonwalescencyi, często spostrzeganemu charłactwu, chroni chorego przed niebezpiecznemi, dla życia nieraz groźnemi powikłaniami.

W przypadkach, które leczyłem, stosowałem dawki średnie, wstrzykując dożylnie natychmiast lub zaraz następnego dnia po stwierdzeniu krętków we krwi 0·3 neosalwarsanu, rozpuszczonego wprost w strzykawce w 8 cm sz. wody przekroplonej (11). Dawka, której używam, jest mniejsza od dawki Prussiana, który wstrzykiwał 0·45 i Wienera (13), który stosował nawet dawkę 0·6. Po wstrzyknięciu (zwykle koło godz. 11 rano) podnosiła się ciepłota popołudniu często jeszcze o 1 do 2 stopni, dochodząc do 41⁰ (w jednym nawet przypadku do 42⁰) i dopiero w ciągu nocy, a więc mniej więcej w 10 do 12 godzin po wstrzyknięciu następował wśród rozpływnych potów spadek ciepłoty o 4 do 6 stopni. Zdarzało się jednakże, że jeszcze w 21 godzin po wstrzyknięciu ciepłota utrzymywała się na znacznej wysokości, aczkolwiek nie wykrywano już wcale krętków we krwi, i spadała dopiero poniżej 37⁰ w ciągu 23. godziny.

Do wywołania przełomu i zniszczenia krętków we krwi wystarczyło zwykle jedno wstrzyknięcie dawki 0·3. Widziałem jednak i dwa takie, w drugim napadzie leczone przypadki, (z których jeden napozór nie był wcale ciężki), w których »wyjałowienie« ustroju zapomocą jednorazowej dawki 0·3 nie udało się i musiałem dawkę następnego dnia jeszcze raz powtórzyć. Wyciąg z historyi choroby jednego z tych przypadków i krzywą ciepłoty przytaczam poniżej:

S. lat 24, przyjęty 19/III jako ozdrowieniec po grypie. 20/III. Stan bezgorączkowy. 21/III. Rano stan podgorączkowy, wieczorem podskok ciepłoty do 40⁰. Ból głowy, bólów krzyżów i łydek brak. Sensorium wolne. Płuca i serce bez zmian. Śledziona lekko macalna. Koloryt skóry brunatny. We krwi pojedynczo, bardzo nielicznie krętki Obermeyera. 22/III. C. b. 8200 (neutr. = 63%, bas. = 0·4%, przejść = 5·2%, monon. = 3·2%, lymph. = 28·0%). Wstrzyknięto dożylnie 0·3 neosalwarsanu. Popołudniu dreszcz i podskok ciepłoty do 41·9⁰. Sensorium lekko zajęte. 23/III. Ciepłota 40⁰. Silny ból głowy. We krwi o godz. 11 przed poł. (a więc w 24 godz. po wstrzyknięciu neosalwarsanu) znajdują się bardzo liczne krętki. Śledziona jak wczoraj, prawy płat wątroby macalny, tkliwy. W moczu ślad białka. C. b. 12000 (neutr. = 74%, bas. = 0·3%, przejść. = 5·4%, mon. = 9%, lymph. = 11·3%). O godz. 12 wstrzyknięto ponownie 0·3 neosalwarsanu. O godz. 5 po poł. zaczyna ciepłota opadać i dochodzi o 9. a więc w 34 godziny, licząc od pierwszego, a w 9 godzin, licząc od drugiego wstrzyknięcia neosalwarsanu, do 37⁰. Spadek odbywa się wśród rozlewnych potów. 24/III. Stan zupełnie dobry, bóle głowy ustąpiły, chory zupełnie swobodny. Śledziona prawie niemacalna. W moczu jeszcze ślad białka. C. b 9200 (neutr. = 68·4%, bas. = 0·8%, przejść. 7·6%, mon. = 9·6% lymph. = 13·6%). Dalszy przebieg bezgorączkowy. (Rycina 7



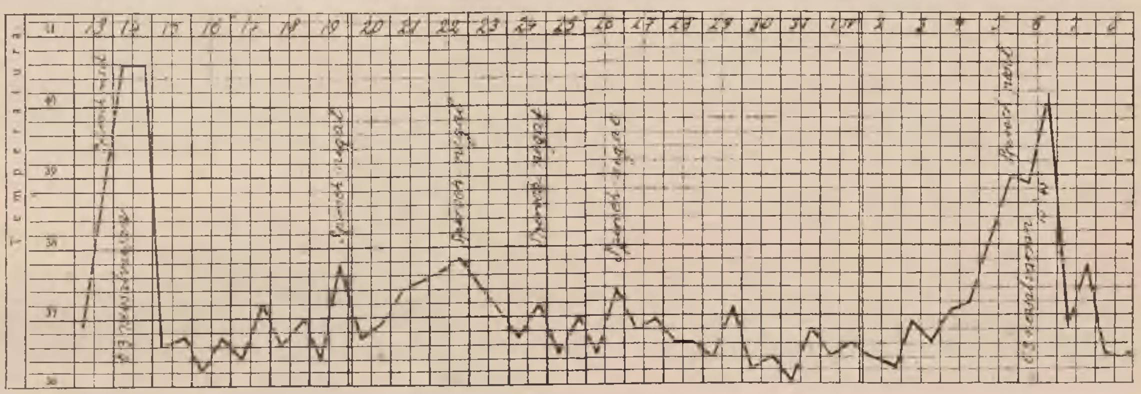
Ryc. 7.

Przypadek drugi miał przebieg zupełnie podobny. Z pośród leczonych przezemnie przypadków były to dwa jedyne, w których dawka 0·3 okazała się bezwarunkowo za małą; zdaje mi się jednakże, że na ogół ta średnia dawka powinna być zupełnie wystarczającą, zwłaszcza, jeżeli wstrzyknięcie stosuje się w odpowiednim czasie, a więc ile możności w początku napadu. Przy wstrzyknięciu dawki za małej, to jest takiej, która nie doprowadza do szybkiego i zupełnego zniszczenia wszystkich krętków we krwi, liczyć się należy z działaniem podniecającem na produkcyę jadów, w myśl prawa biologicznego o podniecającem działaniu małych dawek jadów (Ehrlich). Jeżeli dawka była za mała, lub wstrzyknięto ją w nieodpowiednim czasie, możebne jest wystąpienie nawrotu. Jeżeli bowiem wstrzyknięto neosalwarsan w końcu napadu, a więc tuż przed samoistnym spadkiem ciepłoty, wtedy obok krętków, których w ogóle jest wtedy we krwi niewiele, mogą znajdować się już formy trwałe, niewrażliwe na arsen, względnie być może, że ta część krętków, która ma przetrwać aż do następnego napadu (według Claus Schillinga (16) »»serumfeste« Rasse von Spirosomen«) usadowiła się już w komórkach narządów wewnętrznych i tam jest działaniu arsenu niedostępna. Są to naturalnie tylko przypuszczenia, któremi można próbować wytłómaczyć sobie, dlaczego w pewnym procencie przypadków, leczonych neosalwarsanem czy to w chwili nieodpowiedniej, czy też w zbyt małej dawce, »wyjałowienie« ustroju po wstrzyknięciu jednorazowem nie udaje się i występuje nawrót, lub nawet kilkakrotne wznoszenie się ciepłoty (Hössli).

Prussian oblicza ilość nawrotów w przypadkach leczonych odrazu w pierwszym napadzie na 9·3%, w przypadkach wszystkich na 5·6%. Podobne wyniki podaje Iversen (12), który zupełne wyleczenie po jednorazowej dawce osiągnął w 92% przypadków. Wiese, który wstrzykiwał dawki 0·45, widział nawroty nawet w 25% wszystkich leczonych przypadków. Fakt ten epidemiologicznie ma niemałe znaczenie z tego powodu, że chory, u którego po jednorazowej dawce nie można napewno wykluczyć możliwości wystąpienia nawrotu, pozostawać musi w obserwacyi przez dłuższy czas. Że nawet w okresie bezgorączkowym pomiędzy dwoma napadami chory może ewentualnie stać się źródłem ponownego zakażenia i przeniesienia się choroby, tego dowodzi fakt, iż krwią, pobraną w okresie bezgorączkowym, w której mikroskopowo nie zdołano wykryć krętków, przecież udało się zakazić zwierzę (14); należy przypuszczać, że krew ta zawierała formy trwałe, mające według Haty kształt ziarenek. Pośród przypadków, które leczyłem, zdarzył się nawrót, oddzielony od pierwszego napadu przestrzenią 21 dni, tylko jeden raz. Ten odsetkowo doskonały wynik pomimo stosunkowo małej dawki, jaką zwykle stosowałem, odnoszę do tego, że miałem sposobność leczyć neosalwarsanem najczęściej dopiero w napadzie drugim, że stosowałem go ile możności jak najwcześniej, powtarzając ewentualnie wstrzyknięcie, skoro w przeciągu 20 godzin ciepłota nie opadła do stanu prawidłowego. Przypadek, w którym wystąpił nawrót, miał przebieg bardzo ciekawy, dlatego przytaczam tu skróconą historyę choroby i krzywą ciepłoty. (Rycina 8).

B. T. lat 25, przysłany z rozpoznaniem »ozdrowieniec po ostrym nieżycie oskrzeli«, podaje, że już podczas drogi powrotnej z Rosyi miał wysoko gorączkować i leżał kilka dni na kwaterze, poczem dostał się do szpitala nadgranicznego, gdzie gorączkował jeszcze kilka dni. Po spadku ciepłoty odesłany do Lwowa, przyjęty został 13/III. rano, z ciepłotą 36·9. Po południu podskok ciepłoty do 39·2 przy tętnie 110. Skarży się na silne bóle po lewej stronie klatki piersiowej i w podżebrzu lewem, ból głowy i krzyżów. 14/III. Ciepłota 40·6°, sensorium wolne. Skóra barwy brunatno-ziemistej, język wilgotny, wargi przyschnięte. Po lewej stronie klatki piersiowej w dole w tyle lekkie przytłumienie, osłabienie wdechu i wydechu, z głębi słyszalny oskrzelowy, drżenie osłabione. Śledziona palec niżej łuku, tkliwa, wątroba nieco powiększona. We krwi nieliczne krętki Obermeyera. C. b. 15700 (neutr. = 82%, przejść. = 2·5%, mon. = 1%, lymph. = 14·5%). Wstrzyknięcie dożylne 0·3 neosalwarsanu. W nocy spadek ciepłoty do 36·6. 15/III. Ogólny stan dobry, ból po lewej stronie klatki piersiowej utrzymuje się. Wątroba i śledziona jak wczoraj. 16/III. Ciepłota prawidłowa, śledziona mniejsza. C. b. 10400 (n. = 66%, eos. = 1%, prz. = 9%, mon. = 1·5, l. = 22·5%) 18/III. Osłabienie utrzymuje się jeszcze. Ponad lewem płucem w dole wyjaśnienie odgłosu, oddech pęcherzykowy słabo słyszalny, przy wdechu tarcie opłucne. Śledziona jeszcze macalna. 19/III. Śledziony wyczuć już nie można. Stan podgorączkowy. Krętków we krwi niema. 22/III. Krętków we krwi niema. 24/III. Ciepłota od kilku dni podgorączkowa. Chory skarży się na pobolewanie w lewym stawie barkowym. Przedmiotowo żadnych zmian w stawie stwierdzić nie można. Tarcie opłucne utrzymuje się, stwierdzić je można także w linii pachowej przedniej. We krwi krętków nie znaleziono. 29/III. Bóle w stawie ustąpiły, tarcie opłucne znikło. 5/IV. Dreszcz, podskok ciepłoty, ból głowy i krzyżów. Ogólne rozbicie. We krwi znaleziono bardzo nieliczne krętki. 6/IV. Dalsza podwyżka ciepłoty; ból głowy, krzyżów. Mięśnie grzbietu i karku tkliwe na ucisk. Śledziona powiększona, ale miękka. Wstrzyknięto 0·3 neosalwarsanu. 7/IV. Ciepłota wśród nocy opadła do 36·8; po poł. znowu podskok do 37·8, kilka płynnych stolców. 8/IV. Ciepłota prawidłowa. Stan zupełnie dobry. Dalszy przebieg trwale bezgorączkowy.

Wprawdzie w czasie między pierwszym, a drugim napadem ciepłota wykazywała od czasu do czasu podgorączkowe podskoki, jednak wobec braku wszelkich innych objawów podmiotowych, a więc dreszczów, bólów głowy i wobec kilkakrotnie ujemnego badania krwi trudno przypuszczać, że poruszenia ciepłoty odpowiadały krótkim poronnym napadom, a odnieść je natomiast można do sprawy zapalnej, jaka się toczyła w opłucnej lewej. Napad ponowny, który wystąpił w 21 dni po pierwszym, zaznaczył się znowu charakterystycznym dreszczem, bólem głowy i krzyżów, ogólnem rozbiciem i niemocą, tak że już bez badania krwi, w której zresztą wykryliśmy nieliczne krętki, rozpoznać należało napad. Spostrzeżenie to zgadza się z danemi Prussiana, który także stwierdził, że wystąpienie ponownego napadu w przypadkach leczonych neosalwarsanem, gdzie wyjałowienie ustroju nie udało się, opóźnia się znacznie tak, że przerwa bezgorączkowa wynosić może 12 do 13, a nawet w jednym przypadku 28 dni (w przypadkach Wienera po 6 i 16 dniach). O podobnem przedłużaniu się przerwy międzynapadowej w przypadkach leczonych neosalwarsanem wspomina także Wiese (17).



Ryc. 8.

Czem się należy kierować w doborze odpowiedniej dawki, trudno orzec. Badanie krwi nie może dostarczyć żadnych wskazówek, gdyż, jak już wspomniałem, ciężkość przypadku nie stoi w żadnym związku z ilością krętków we krwi. Sądzę jednak, że jeżeli przypadek nie przebiega z objawami ogólnymi zbyt ciężkimi, a wstrzyknięcie możemy wykonać zaraz z początkiem napadu, to wystarczy jednorazowa dawka średnia (0·3), zwłaszcza, jeżeli leczymy chorego już w drugim napadzie, który często bywa mniej gwałtowny od napadu pierwszego i na którym w pewnym procencie przypadków w ogóle sprawa się kończy. Jeżeli w przeciągu 24 godzin po wstrzyknięciu ciepłota wysoka utrzymuje się, a we krwi wykazać się dadzą krętki, należy dawkę powtórzyć. Przy leczeniu napadu pierwszego, zwłaszcza jeżeli nie można było wstrzyknąć neosalwarsanu wcześnie, t. j. w samym początku okresu gorączkowego, należałoby stosować dawki większe (0·45—0·6). Obserwacya chorego, przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie wstrzyknięcia dokonano w końcu napadu (5. lub 6. dnia), powinna się przeciągać conajmniej 14 do 21 dni, ze względu na możliwość nawrotu. Utrzymywanie się ciepłoty po spadku przez czas pewien poniżej poziomu prawidłowego nie wyklucza wcale, na co słusznie zwraca uwagę Prussian, możliwości nawrotu; zaznaczyć jednak należy z drugiej strony i to, że nieregularne zachowanie się ciepłoty w okresie ponapadowym, niczem niewytłómaczone jej poruszenia, niezjawienie się ciałek eozynochłonnych, utrzymywanie się lub ponowne zjawianie się bólów w kończynach i bólów głowy, nakazuje ostrożność ze względu na możliwość nawrotu.

Działania uboczne salwarsanu występują rzadko. W trzech przypadkach spostrzegłem w kilka godzin po wstrzyknięciu kilkakrotne wymioty; w innym przypadku uporczywe wymioty i biegunka utrzymywały się około 30 godzin, tak że chory jeszcze następnego dnia po wstrzyknięciu, w okresie już bezgorączkowym, wymiotował każdy podany mu pokarm i płyn, a uspokoił się dopiero trzeciego dnia.

Po przełomowym spadku ciepłoty są chorzy, jak już wspominałem, ogromnie osłabieni, niezdolni do żadnego ruchu, z tętnem miękkiem tak że czasem zachodzi potrzeba podania środka skrzepiającego.

Innego leczenia poza opisanem w przypadkach moich nie stosowałem, jest ono zresztą w przypadkach niepowikłanych zbyteczne.

Piśmiennictwo. 1) Töpfer: M. m. W. 1916. Nr. 44. — 2) Töpfer: D. m. W. 1918. Nr. 9. — 3) Prussian: M. m. W. 1916. Nr. 10. — 4) Mayer: M. m. W. 1917. Nr. 2. — 5) Mayer: D. m. W. 1917. Nr. 39. — 6) Koch: D. m. W. 1917. Nr. 34. — 7) Koch. D. m. W. 1917. Nr. 45. — 8) v. Hösslin: M. m. W. 1917. Nr. 33. — 9) Löwy: Med. Kl. 1918. Nr. 3. — 10) Jochman· Lehrb. d. Infkr. 1914. — 11) Opis techniki wstrzykiwania neosalwars. Ztschr. f. ärztl. Fortbl. 1916. Nr. 4. — 12) Iversen: cyt. według Prussiana. — 13) Wiener: Arch. f. Schifs- u. Tropenhygiene, Bd. 21. 1917. cyt. według ref. W. kl. W. 1918. Nr. 14. Str. 404. — 14) Mühlners: Rückfallfieberspirochäten: Hb. der path. Mikroorg. 2. Aufl. 1913. — 15) Werner: M. m. W. 1918. Nr. 12. — 16) Claus Schilling: D. m. W. 1918. Nr. 2. — 17) Wiese: D. m. W. 1918. Nr. 3.

Z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiel. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. dr Jan Piltz).

W sprawie nerwic urazowych

przez

Dr E. Artwińskiego.

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie dnia 24. IV. 1918 r.

Wyjątkowo obfity materyał, jakiego długotrwała wojna dostarczyła w nerwicach urazowych i ogromny wysiłek myśli, jaki obecnie włożono w ten temat, nie powinien bezowocnie przepaść dla dalszego postępowania z nerwicami i po wojnie, a doświadczenie wojenne może nie w jednym przypadku posłużyć, jako praktyczny wskaźnik dla racyonalnego postępowania w tej teoretycznie bardzo zawikłanej i trudnej, a społecznie niezmiernie ważnej i odpowiedzialnej dziedzinie.

Mimo rozbieżności poglądów teoretycznych, jaka w tej dziedzinie wciąż jeszcze panuje, bogate doświadczenie kliniczne pozwala już dziś na wyciągnięcie pewnych wniosków praktycznych i wskazówek dla postępowania w okresie powojennym. Mimo przeszło półwiekowego doświadczenia, nie mamy po dziś dzień jednolitej teoryi nerwic urazowych, a stanowiska, jakie zajęto pierwotnie, z licznemi oczywiście przekształceniami, znajdują zwolenników pośród spółczesnych klinicystów. Echa polemik między szkołą berlińską z jednej strony, a szkołą Charcota z drugiej, w okresie wojennym odezwały się na nowo, zmieniło się jedynie ugrupowanie sił i powstały stanowiska, pośrednie między kierunkiem, uważającym zjawiska pourazowe za odrębną jednostkę nozologiczną, a kierunkiem, identyfikującym te objawy z histeryą urazową (Charcot); mam tu na myśli poglądy Liepmanna i Strümpla.

W literaturze niemieckiej nerwica urazowa, jako odrębna jednostka nozologiczna, ma konsekwentnego obrońcę w osobie Oppenheima, który właśnie podczas wojny nietylko ukuł nowe zupełnie argumenty dla poparcia swego stanowiska co do nerwicy urazowej jako odrębnej jednostki, ale wystąpił z przypuszczeniem daleko sięgających zmian materyalnych w niektórych przypadkach nerwic urazowych. Ogromna jednak większość klinicystów niemieckich zajmuje inne stanowisko, niż Oppenheim, jak tego dowodzą liczne dyskusye, rozproszone po czasopismach neurologicznych i wynik rozpraw zjazdu monachijskiego z 1916 r. Jak powiedziałem wyżej, jest to rozbieżność czysto teoretyczna, w zagadnieniach praktycznych mimo wszystko większa panuje zgodność.

Niezmiernie charakterystycznym dla ducha czasu i poglądów, panujących wśród neurologów niemieckich, jest artykuł Nägelego, który porównując poglądy Oppenheima z przed 24 lat, z obecnemi, przechodząc oddzielnie różnorodne objawy, jako ostateczny wniosek tego bilansu podaje zasadniczą zmianę, jaka zaszła w jego poglądach na rokowanie nerwicy urazowej; z bardzo pesymistycznego mimo zachowania stanowiska teoretycznego stało się to rokowanie bezwarunkowo pomyślniejszem. Wynik ten śmiało można uogólnić na podstawie wojennego doświadczenia i przyjąć jako stałą zdobycz i dla okresu powojennego.

Jak wynika z doświadczeń tysięcy przypadków i dziesiątków zdań różnych klinicystów, rokowanie w nerwicach urazowych, odpowiednio leczonych, w przeważnej liczbie przypadków jest pomyślne.

Jest to zdobycz stała i wspólna rozbieżnych szkół. A jest to wniosek doniosłej wartości prognostycznej, bo nigdy może nie ujawniła się tak sugestyjna doniosłość rozpoznania i rokowania w cierpieniach czynnościowych, jak podczas wojny, kiedy niejednokrotnie ci sami chorzy, włóczący się miesiącami, a nieraz i latami, zdrowieli niewątpliwie z tą chwilą, kiedy dowiadywali się o zmianie rokowania i kiedy widzieli lekarza, nie wątpiącego w ich uzdrowienie. Przykładów takich widzieliśmy wiele i przypuszczam, że wiele klinik mogłoby potwierdzić słuszność tego spostrzeżenia.

Sposobów leczenia wypróbowano wiele, i to bardzo różnorodnych, ale chociaż wzbogacona została może technika różnych metod psychoteraupetycznych, to jednak nowych metod czasy wojenne nie dostarczyły. A więc zależnie od upodobań, poglądów i temperamentu leczono hypnozą, sugestyą, perswazyą, reedukacyą, izolacyą, faradyzacyą, a nawet długotrwałemi ciepłemi kąpielami, z których chory mógł wyjść dopiero z chwilą, kiedy jawne objawy ustąpiły.

Ale i w tym kierunku mimo niezmiernie bogatej różnorodności metod, znowu pewna zdobycz pozostaje wspólną, że nie ta lub inna metoda leczy chorego, lecz osoba, indywidualność lekarza, gra rolę rozstrzygającą, a sposoby, jakich używa, są rzeczą wtórną i bardzo względną, z czego oczywiście nie wynika, by leczenia nie należało indywidualizować. Bez zastrzeżeń należy przyznać słuszność Strümplowi, że każdy z tych chorych wymaga psychoanalizy w szerokiem tego słowa znaczeniu.

Ze sprawą rokowania i jego sugestywnego działania w znaczeniu leczniczem wiąże się ściśle sprawa rent, pensyi dla inwalidów, i w tym też kierunku na podstawie doświadczenia wojennego zarysowuje się stanowisko jednolite, niezmiernie ostrożne i nie spieszące się z wydzielaniem rent, bo jak z wielu już stron podnoszono i o czem niejednokrotnie mieliśmy się sposobność przekonać na naszym materyale klinicznym, »pensyonowani neurotycy« są zazwyczaj najoporniejsi w leczeniu i stosunkowo nieznaczny odsetek nerwic urazowych, które nie zostały wyleczone, rekrutował się z »pensyonowanych neurotyków«, co nie jest prawdopodobnie wynikiem samego tylko przypadku.

Doświadczenie wojenne, poparte w tym kierunku statystyką Danii, Szwecyi i Szwajcaryi, gdzie z zaprowadzeniem jednorazowego odszkodowania bardzo znaczny procent (w Danii n. p. 96%) ludzi dotkniętych nerwicą urazową miał wyzdrowieć, (przytaczam według Domańskiego), stanowi znowu fundamentalną zdobycz dla przyszłego ustawodawstwa i postępowania lekarskiego w okresie powojennym. Zdobycz ta, uzyskana na podstawie doświadczenia klinicznego, doznała czynnego poparcia ze strony koncepcyi teoretycznych i analizy psychologicznej, jaką na tysiącach chorych przeprowadzono, i chociaż nie przyjęła się powszechnie myśl, jakoby takie lub inne pożądania (Begehrungsvorstellung) były jedynym powodem istnienia dłużej trwających nerwic urazowych w ogóle, to jednak przypuszczenie to ma głębokie uzasadnienie teoretyczne, a praktycznie wielką wartość i rozległe rozpowszechnienie. I nie ma dziś klinicysty, bez względu na szkołę, do której należy, któryby w mniejszym lub większym stopniu czynników tych nie uznawał.

Streszczając dotychczasowe wywody, możemy powiedzieć, że obojętną jest rzeczą, jaką metodą będziemy leczyć, ale lecząc bez wyniku, w pierwszym rzędzie błędu musimy szukać nie poza sobą, lecz w sobie.

Wielokrotnie też roztrząsano sprawę usposobienia do nerwicy urazowej. Najwięcej przekonującą będzie może odpowiedź Liepmanna, że zależnie od wielkości tej skazy neuropatycznej, będzie też zależne natężenie i czas trwania objawów pourazowych, dostatecznie jednak doświadczenie wojenne upewniło nas i w tem przekonaniu, które Hoche wypowiedział już w r. 1915, że każdy żołnierz na froncie przy odpowiednich przeżyciach »zdolny jest do objawów histerycznych«, co też można uogólnić

celem wyciągnięcia wniosków w tym kierunku i dla celów powojennych.

To byłyby już wszystkie wnioski, które, jak mi się zdaje, już dziś można wyciągnąć z doświadczenia wojennego celem zastosowania go dla możliwie racyonalnego postępowania z nerwicami i po wojnie. Rzeczą uboczną już jest, jaki uraz wywołuje nerwicę, bo i o tem też pamiętać musimy, że jakość urazu gra rolę bardzo małą dla mechaniki powstawania objawów pourazowych, przynajmniej po upływie pewnego przeciągu czasu od chwili urazu.

Widzimy, że jakkolwiek jakichś nowych prawd nie dała nam wojna w tym kierunku, to jednak należy podkreślić fakt, że wyniki te poparte są wielkim materyałem statystycznym, który nadaje im dużą wagę i pewność.

Przechodząc od wniosków, wysnutych z analiz i spostrzeżeń klinicznych, do wskazań praktycznych, które się już same przez się wyłaniają, jako ogólną wskazówkę dla dalszego postępowania podniósłbym, że każdy, zamierzający się ubiegać o rentę lub jednorazowe odszkodowanie, powinien być w specyalnie dla tych celów stworzonym zakładzie leczony i wyleczony. W razie zaś niepomyślnych wyników leczenia, lekarz, już dokładnie chorego znający, proponowałby dla niego wysokość przynależnej mu jednorazowej zapomogi, którąby chory jeszcze w zakładzie otrzymał. Jak z poprzednich uwag wynika, chorzy niewyleczeni powinni być nieliczni. Za jedynie racyonalne odszkodowanie może być uważana jednorazowa zapomoga; stałe pensye, utrwalające neurotyczne objawy, powinny być bezwarunkowo zniesione.

W. Cimbal proponuje dla tego rodzaju zakładów urządzenie w rodzaju małych kolonii psychiatrycznych na wsi, gdzie ewentualnie leczenie połączonoby z pracą na roli lub rzemiosłami. Koloniom tym nie należałoby jednak dawać nazwy zakładu psychiatrycznego. Nie możemy dziś już podzielać obaw tych lekarzy (Aschaffenburg, Domański, Schuster), którzy obawiali się nagromadzenia większej liczby neurotyków, przypuszczając, że ci mogliby na siebie nawzajem szkodliwie wpływać. Jest to teoretycznie obawa całkowicie uzasadniona, doświadczenie jednak dowiodło, że przy odpowiednim nastroju oddziaływanie to może się odbywać w kierunku wręcz przeciwnym. Na klinice naszej obserwowaliśmy niejednokrotnie nagłe »cudowne« uleczenie po przeniesieniu chorego na oddział, stworzony specyalnie dla leczenia nerwic urazowych (szczegóły w pracy prof. Piltza: »Przyczynek do nauki o tak zwanych nerwicach wojennych i ich leczeniu«).

Trzymanie ręki na tętnie oddziału jest już rzeczą jego kierownika, który zawsze może jednostki szkodliwe unieruchomić. Tego rodzaju rozwiązanie zagadnienia leczenia nerwic urazowych zabezpiecza w pierwszym rzędzie dobro chorych, którzy przy dotychczasowem wadliwem postępowaniu tworzyli liczne szeregi niezadowolonych, wiecznie skarżących się i, co najważniejsze, istotnie cierpiących, społecznie bezwartościowych jednostek.

Z punktu widzenia społecznego tego rodzaju postępowanie z tymi choremi byłoby i materyalnie dogodniejsze, gdyż przy stosunkowo nieznacznych kosztach leczenia uzyskiwałoby się z powrotem utraconą siłę roboczą, którą obecnie zazwyczaj tracimy i która zostaje przez cały ciąg życia w bilansie społecznym minusem.

Prócz znaczenia czysto indywidualnego, racyonalne traktowanie nerwic urazowych niewątpliwie i zapobiegawczo odegrałoby wielką rolę, gdyż znowu powołując się na doświadczenie wojenne, śmiało w tym kierunku możemy powiedzieć o doniosłem znaczeniu »zakazenia« psychicznego, jako czynnika, jeżeli już nie we właściwem tego słowa znaczeniu chorobotwórczego, to w wielkiej mierze sprzyjającego chorobie, długiemu trwaniu i sile objawów chorobowych. Niejednemu może z tych, którzy pamiętają te różnorodne i ciężkie objawy chorobowe, latami całemi trwające, wydadzą się niniejsze uwagi nieprzewidzianie optymistyczne, ale należy pamiętać o tem, że istnieją niejako czyste (pierwotne) formy nerwic i wtórne obrazy, zafałszowane, że tak powiem, sugestyą otoczenia, lekarzy i całego szeregu czynników, niedających się ściśle ująć, a wywołujących już tę grę pożądań, lęków i wyobrażeń, które właśnie nadają to swoiste piętno ciężkim zastarzałym przypadkom nerwic urazowych. Istotnym oczywiście jest obraz pierwotny i ten powinien kierować naszem postępowaniem, wtórny zaś już w znacznej mierze jest wynikiem naszego postępowania, gdyż zmiana stanowiska lekarskiego musi się też odbić na działaniu tych nieuchwytnych czynników, tkwiących w atmosferze społecznej, która tak doniosłą w tych stanach odgrywa rolę. Przez zmianę stosunku lekarskiego i ustawodawczego do nerwic urazowych wyklucza się prawie możność powstania tego rodzaju ciężkich (wtórnych) obrazów chorobowych. Wykluczyć oczywiście należy tych, którzy już przed urazem mieli takie lub inne ciężkie objawy funkcyonalne, gdyż w tych przypadkach, i to z trudem, możemy doprowadzić do »status quo ante«. Dokładne jednak wywiady prawie zawsze potrafią nas uchronić od przykrych i niespodziewanych rozczarowań, gdyż wykazanie ciężkiej neuropatyi lub też psychopatyi w wywiadach z czasów, poprzedzających uraz, zawsze zwróci naszą uwagę na zmianę rokowania na mniej lub więcej gorsze, zależnie oczywiście od istniejącej poprzednio skazy, która ze swej strony silnie musi wpływać na fałszowanie obrazu cechami, mającemi związek daleki albo żadnego nawet nie mającemi związku z urazem.

W stosunku do nerwic zastarzałych zgodnie z radą Aschaffenburga: z doświadczeniem w wojnie zdobytem będziemy ostrożni z ostatecznem orzeczeniem dla instytucyi o zapomodze orzekającej.

Garść tych uwag pragnąłbym poddać rozwadze tych, którzy będą rozstrzygać o polskiem ustawodawstwie.

Literaturę podaję w pracy o nerwicach po urazach obwodowych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 15. maja 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Członków obecnych 27.

Kol. prof. Wachholz zdał sprawę z postępów druku swego podręcznika medycyny sądowej, a następnie wygłosił odczyt p. t. **Samobójstwo, morderstwo, czy wypadek?** (Wejdzie jako oddzielne ustępy w skład podręcznika medycyny sądowej).

Dr Szancenbach, zastępca sekretarza dorocznego.

Posiedzenie dnia 29. maja 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 30.

I. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia okazy makroskopowe i preparaty mikroskopowe z następujących przypadków:

1) **Gruźlica mięśnia sercowego** u 10-letniego chłopca (S. N. 281. 1918), u którego prócz tego były tylko nieznaczne ogniska serowate w gruczołach chłonnych podszczękowych, oskrzelowych, przytchawicznych i krezkowych, oraz nieznaczne zmiany gruźlicze w stawie biodrowym prawym (caries sicca). Wielką osobliwością tego rzadkiego zresztą przypadku jest siedziba zmiany gruźliczej przedewszystkiem w przegrodzie międzykomorowej bez zajęcia przedsionków, oraz postać zmiany, występującej jako liczne drobne, tuż koło siebie leżące ogniska szarawe, z mikroskopowemi tylko gniazdami zserowacenia. Zazwyczaj bowiem szerzy się gruźlica na mięsień sercowy z sąsiedztwa, z gruczołów śródpiersia poprzez osierdzie w postaci guzów serowatych, znajdowanych najczęściej w ścianach przedsionków; w tym zaś przypadku zmian w osierdziu wcale niema, a gruczoły pobliskie nie są nawet z workiem osierdziowym zrosłe. Zmiana powstała zapewne drogą krwi, co jest tem szczególniejsze, że gruźlica niema skłonności do sadowienia się w tkance mięsnej. Dla porównania służyć może jeden z dwu przypadków, jakie się C. trafiły w ciągu lat 24, mianowicie

2) **gruźlica mięśnia sercowego** u 35-letniej kobiety (S. N. 596. 1899), u której były rozległe mnogie zmiany gruźlicze kości, ogólna gruźlica prosówkowa, zrosty i gruźlica guzowata osierdzia, skąd przechodziło jedno ognisko serowate na ścianę przedsionka prawego, zajmując całą jej grubość i wpuklając się do światła przedsionka w postaci guza wielkości jaja gołębiego.

3) Prawie zupełne **zarośnięcie lewej tętnicy Sylwiusza** i zstępującej gałęzi **lewej tętnicy wieńcowej serca** z następstwami w postaci rozległych zmian w lewej półkuli mózgowej (zbliznowacenie opon miękkich, zanik prawie całej kory, liczne torbiele) i wielkiej blizny w mięśniu przegrody międzykomorowej serca i części lewej komory oraz koniuszka, u mężczyzny 60-letniego

(S. N. 318, 1918). W innych częściach układu tętniczego były tylko nieznaczne zmiany miażdżycowe bez śladu zmian kiłowych (przypuszczanych za życia).

4. Kol. Beaurain przedstawił trzy przypadki **histerycznych skrzywień kręgosłupa** (scoliosis, lordosis i kyphosis) (Przypadki te będą ogłoszone drukiem).

5. Kol. Markowski wygłosił odczyt p. t.: **W sprawie opieki lekarskiej nad młodocianymi przestępcami** (będzie ogłoszone drukiem).

6. Kol. prof. Piltz mówił na temat: **Luźne uwagi na temat »Wojna a psychozy«, w szczególności w sprawie umysłowo chorych przestępców.**

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Wasserberg, Rogalski, Blassberg i prelegent.

Posiedzenie dnia 5 czerwca 1918.

Przewodniczy kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 15.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu kol. doc. Nowaczyński wygłosił wykład p. t.: **Polyserositis**. (Będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya: 1) Kol. prof. Lewkowicz nie uważa omawianej choroby za sprawę »sui generis«, za odrębną jednostkę chorobową, a raczej w najczęstszych przypadkach za pewną postać gruźlicy. Tem bardziej nie można mówić o jednostce chorobowej, że sprawa ta zdarza się i na tle innych zakażeń, jak n. p. w przebiegu gośćca.

2) Kol. prof. Krzyształowicz przypomina, że i dwoinki wiewiórowe mogą wywołać obraz kliniczny »polyserositis« z zajęciem błon surowiczych wielu stawów, osierdzia, opłucnej, a nawet otrzewnej.

3) Kol. Michałowicz: Wobec tego, że u pewnych osób wszystkie w przebiegu gruźlicy lub gośćca spotykane powikłania sadowią się na błonach surowiczych, należy zadać sobie pytanie, czy u danego chorego nie ma się do czynienia z jakiemś uszkodzeniem tych błon, względnie z jakiemś konstytucyonalnem usposobieniem do schorzeń błon surowiczych, analogicznie n. p. do konstytucyonalnego usposobienia do schorzeń błon śluzowych u dzieci. Rokowanie uważa mowca ze względu na najczęstsze tło gruźlicze za niedobre; leczniczo poleca przedewszystkiem leczenie ogólne w postaci leczenia dyetetycznego i helioterapii w górskim klimacie.

4) Kol. Blassberg: Każda jednostka chorobowa ma albo podstawę anatomiczną albo etyologiczną. W ostatnim czasie jest dążenie do oparcia naszych pojęć o chorobach o podstawę etyologiczną. Wobec niejednolitości etyologii przy polyserositis jest wątpliwem, czy sprawa ta utrzymać się zdoła jako jednostka chorobowa »sui generis.«

Prócz tego w dyskusyi zabierali głos koledzy: prof. Lewkowicz (po raz drugi), Michałowicz (po raz drugi) i prelegent.

Dr Michejda, sekretarz doroczny.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

narost kostny, Osteophyt.
postawa pionowa, Orthose.
donarządowy, organotrop.
przysposabiacz, Opsonin.
małokrwinkowość, oligocythaemia.
moczenie nocne, nycturia.
popęd twórczy, nisus formativus.
nerwozwojak, neuroma ganglionare.
odnerwowy, neurogen.
rozstrój nerwowy, neurasthenia.
nerwowiec, nerwowo rozstrojony, neurasthenicus.
wszczepienie nerwu, Nervenplastik.
zmartwiać, nekrotisieren.
trupożerność, pochłanianie cząstek martwych, nekrophagia.
komórka trupożerna, Nekrophag.
rozstrzępienie komórek mięsnych (serca) zatrutne, myolysis cordis toxica.
serce przymięśniakowe, Myomherz.
śluzotok, myxorrhoea, hypersecretio mucosa.
odmięśniowy, pochodzenia mięśniowego, myogen.
przemienność, Mutationsfähigkeit.
mięśniowość, musculatura.
1) jednojądry 2) wnętr jednostronny, monorchis.
1) jednojądrość 2) wnętrostwo jednostronne, monorchidia, monorchismus.
1) jądra wnętrne, 2) wnętr, kryptorchis.
przekształtliwość, przekształcanie się, metaplasia, Umwandlungsfähigkeit.
nadtrwanie, metaphysis.
różnobarwienie, metachromasia.
przeróbczość, przetwórczość, metabolismus.
zatoka migdałka, Mandeltasche, lacuna amygdalae.
nacinanie migdałka, Mandelschlitzung.
długopalczastość, makrodactylia, Langfingrigkeit.
rozpuszczalnik, Lysin.
mięsakowatość limfatyczna, lymphosarcomatosis.
przekształcenie hodowlane, przemiana hodowlana, Umzüchtung.
substancya obronna, Abwehrkörper.
krętek węzłowaty, spirachaete nodosa. 17

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 9. X. uroczyste posiedzenie z powodu manifestu Rady Regencyjnej. Tegoż dnia odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie naukowe, na którem toczyły się rozprawy nad panującą obecnie nagminną grypą, które zagaili prof. Ciechanowski, prof. Nitsch i prof. Latkowski, przedstawiając wyniki badań anatomopatologicznych, bakteryologicznych i klinicznych. W dyskusyi przemawiało kilkunastu mowców.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 29. IX. i 5. X. posiedzenia, poświęcone rozprawom nad teraźniejszą epidemią grypy.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« wychodzi od października z powodu trudności wydawniczych tylko raz na miesiąc.

Redakcya otrzymała: Kopczyński: 1) Co samorządy miejskie dla spraw higieny szkolnej zrobiły, a co zrobić powinny. Warszawa 1918. — 2) Wskazówki do badań higieniczno-szkolnych (wydawn. Minist. zdrowia). Warszawa 1918. — Rzętkowski: Wytwórczość spożywcza Królestwa polskiego w stosunku do potrzeb jego ludności (odb. z Ekonomisty). 1918. — Biuletyn Dyrekcyi służby zdrowia publicznego Ministerstwa zdrowia. Nr. 2. Prof. Cieszyński: Praktische Winke (odb. z Öst.-ung. Viertelj. f. Zahnheilk. 1917). — Bogdanik: Leczenie sztucznem słońcem górskiem. Kraków 1918. — Cačković: Stan i zdravlje (Pučka sveučilišna predavanja. XIII). Zagreb 1918. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata 1914, 1915 i 1916. Warszawa 1918. — J. Jaworski: Zjazd w sprawie higieny miasteczek i wsi. — J. Jaworski i Rakiewicz: Znaczenie domów i przytułków dla rodzących w organizacyi położniczej (odb. Gaz. lek.) 1918. Janowski: Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych. (Odczyty kliniczne S. XXII. Z. 7—10) Warszawa 1918.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego